DE L'AMBLYOPIE

DANS LE

STRABISME CONVERGENT

PAR

le Docteur H. ROMIÉE.

(Extrait des *Annales de la Société médico-chirurgicale de Liége.*)

LIÉGE
IMPRIMERIE H. VAILLANT-CARMANNE
Rue St-Adalbert, 8.

—

1880

De l'amblyopie dans le strabisme convergent.

Si jadis on attribuait le strabisme convergent à la position défectueuse du lit, à la présence d'un objet brillant situé à proximité du berceau de l'enfant, à des convulsions, etc., on s'accorde aujourd'hui à reconnaître avec Donders que le strabisme convergent trouve le plus souvent son origine dans l'hypermétropie. Chez l'hypermétrope, les rayons parallèles vont derrière la rétine former leur image. Celle-ci n'est ramenée sur la membrane nerveuse qu'à la condition qu'entre en jeu l'accommodation qui fait bomber le cristallin ou, en d'autres termes, qui ajoute une lentille biconvexe à la lentille cristallinienne.

Si déjà pour voir de loin il faut que l'accommodation se mette en action, à plus forte raison dans la vision rapprochée le muscle accommodateur devra se contracter énergiquement. Or, il est démontré aussi que la fonction accommodative entraîne toujours la convergence des lignes visuelles : dans la vision binoculaire, les rapports entre l'accommodation et la convergence sont tels qu'ils ne varient que dans d'étroites limites et que les deux phénomènes se produisent simultanément. Dans l'hypermétropie, l'énergie plus grande de la contraction du muscle ciliaire détermine inévitablement un mouvement de convergence plus accentué. A cause de cette convergence exagérée, les deux lignes ne s'entrecroiseront plus au point même où se trouve l'objet observé, mais en avant plus près de l'observateur. La ligne droite partant de l'objet observé et passant par le centre optique de chaque œil, viendra tomber sur la rétine en dedans de la macula, et c'est en ce point que se peindra l'image de l'objet. Dans ces conditions, les deux images cessent d'être perçues simultanément : il y a diplopie.

Avec un fort degré d'hypermétropie, la vision binocu-

laire de près n'est donc pas possible sans une véritable diplopie. Pour écarter la seconde image, l'hypermétrope fait un effort plus considérable encore ; la déviation de l'œil en dedans s'accentue, et l'image, dans cet œil, ne tombant plus sur la macula, est beaucoup moins nette; dès lors le sujet apprend à en faire abstraction. C'est l'explication qui est généralement admise pour le strabisme convergent.

Ce strabisme débute le plus souvent vers l'âge de 3 ou 4 ans, quoiqu'il se déclare parfois à un âge encore plus tendre, c'est-à-dire à l'époque de la vie où les enfants commencent à fixer les objets. Il est d'abord intermittent, la déviation n'apparaît qu'à certains moments; ceux-ci deviennent de plus en plus fréquents, jusqu'à ce que le strabisme soit permanent.

S'il y a un rapport reconnu entre le strabisme convergent et l'hypermétropie, il ne s'ensuit nullement que tous les hypermétropes seront strabiques. Relativement à la fréquence excessive de l'hypermétropie, le nombre des strabiques est restreint. C'est ce qu'on explique de la manière suivante : il est des hypermétropes qui n'ont jamais recours à la vision binoculaire et qui, par conséquent, ne louchent pas : ce sont ceux dont l'anomalie est tellement forte que, même avec le maximum d'accommodation, ils ne peuvent ramener sur la rétine les rayons émanés de l'objet. Dès lors, au lieu de forcer leur accommodation, ils se contentent de faire converger leurs lignes visuelles sur l'objet sans accommoder exactement pour cette distance ; deux images imparfaites se peignent sur les deux maculas, la vision en est confuse, mais elle est simple.

D'autre part, quand l'hypermétropie est légère, les rayons émanés de l'objet fixé vont se réunir très peu en arrière de la rétine, les cercles de diffusion sont très petits et l'image est relativement nette. Le sujet a plus d'avantages encore à se contenter de la vision qu'il obtient dans ces conditions qu'à faire des efforts qui détermineraient le strabisme et entraîneraient l'appa-

rition d'une diplopie d'autant plus gênante que les images seraient plus rapprochées. La théorie explique donc tous les résultats fournis par la clinique, puisque c'est, d'une façon générale, dans les hypermétropies comprises entre 1,5 dioptrie et 2,5 dioptries qu'on rencontre presque exclusivement le strabisme. Les hypermétropes de ce degré peuvent, avec un effort modéré d'accommodation, amener sur une de leurs rétines une image très nette et ils préfèrent dévier un œil et distinguer nettement avec l'autre que de percevoir confusément avec les deux yeux.

A propos du degré d'hypermétropie chez les strabiques, qui serait le plus généralement de 1,5 diopt. à 2,5 diopt., je dois à la vérité de dire que l'hypermétropie chez les nombreux strabiques que j'ai examinés était bien plus souvent au-dessus de 2,5 diopt. qu'en dessous.

J'ai été frappé plusieurs fois par ce fait que, dans une même famille où tous les enfants présentaient de l'hypermétropie, un ou plusieurs étaient louches, tandis que les autres qui étaient hypermétropes, soit au même degré, soit à un degré supérieur, soit à un degré moindre, n'étaient pas strabiques.

Il semble évident qu'outre l'hypermétropie, qui a une action incontestable sur la production du strabisme, un autre élément entre en ligne de compte, puisque des hypermétropies de presque tous les degrés peuvent s'accompagner ou non de strabisme. Cet élément ne serait-il pas dans l'application trop soutenue des yeux à un âge trop tendre; c'est-à-dire que les hypermétropes de 3 à 4 ans, en se livrant à des jeux ou à une occupation soutenue des yeux, sont exposés, pour la plupart, à gagner un strabisme convergent.

Ce qui me porte à le croire, c'est que le strabisme convergent se déclare facilement vers 3 ou 4 ans, tandis que son apparition vers l'âge de 9-10 ans est d'une rareté excessive. De plus, le traitement préventif, dont je reparlerai plus loin, guérit le strabisme au début. Le strabisme est plus fréquent chez les filles, plus entraînées que les gar-

çons vers les jeux qui réclament la vision rapprochée. Les enfants d'une même famille qui, à cet âge, ont le plus de goût à l'étude, semblent aussi les plus exposés.

Dès que le strabisme est permanent, hormis les cas de strabisme alternant, l'œil dévié ne regarde plus directement et perd insensiblement son acuité visuelle ; il devient amblyope. L'amblyopie des strabiques, dont les auteurs ne s'occupent que fort succinctement, ne s'accompagne d'aucune modification ophtalmoscopique de la rétine ou de la papille du nerf optique. Le degré de l'amblyopie varie dans des limites extrêmement étendues, sans qu'on puisse donner les raisons de ces différences; ainsi on rencontre des strabiques chez lesquels la diminution de l'acuité visuelle est peu marquée, par exemple S = 1/3 et même S = 1/2, et chez d'autres l'acuité visuelle est réduite au 1/200e et même en dessous.

Je me rappelle un enfant, Auguste H..., de Virton, qui me fut amené pour être opéré d'un strabisme supérieur qui se présentait presque continuellement à l'œil gauche.

L'acuité visuelle était normale à droite, tandis qu'à l'œil atteint d'un strabisme intermittent, elle était de S = 0. Les phosphènes persistaient. Il n'existait aucune lésion ni aucune autre différence entre les deux yeux. Chaque œil était hypermétrope. Un cas semblable me fut adressé, le 8 janvier 1878, par mon estimable confrère A. Dejace, de Flémalle : L. Gustave, âgé de 10 ans, O. dr. hypermétropie 5 D, O g. 5 D; acuité visuelle O dr. 1/1, O g. ne distingue absolument rien, mais les phosphènes persistent.

D'un autre côté Mlle de St..., 17 ans, offre, le 16 mai 1878, un strabisme convergent de l'œil droit; H 3 D aux deux yeux; O. g. S = 1/1; O. dr. S = 1/3.

Mlle R..., 21 ans, strabisme convergent. O. g. S = 1/3; H. 2 D; O. dr. S = 1; H 2 D.

Mme d'A..., 32 ans, strabisme convergent, O. dr. S = 1; H 2 D; O. g. S = 2; H 3 D.

Par le tableau suivant, comprenant un certain nombre de strabiques et donnant l'âge, la réfraction et l'acuité visuelle, on se formera immédiatement une idée des degrés variés de l'amblyopie des yeux déviés.

NOM.	AGE.	OEil strabique avec son acuité et sa réfract.	S[d] œil avec son acuité et sa réfraction.
—	—	—	—
Berthe M.,	10 ans.	O.g.S = 3 1/2 H7D	O.dr. S = 1 H7D.
Philomène M.,	24 ans.	O.g.S = 8 1/2 H2D	O.dr. S = 1 H2D.
Marie R.,	21 ans.	O.g.S = 3 1/2 H2.5D	O.dr. S = 1 H2D.
Pauline L.,	17 ans.	O.dr.S = 8 H7D	O.g. S = 1 H4D.
Elisabeth L.,	15 ans.	O.dr.S = 15 H5D	O.g. S = 1 1/2 H2D.
Nicolas L ,	10 ans.	O.dr.S = 12 H4D	O.g. S = 1 1/2 H3D.
Hortense Th.,	20 ans.	O.g.S = 4 1/2 H5D	O.dr. S = 1 1/2 H5D.
Marie Th.,	24 ans.	O.g.S = CC H5D	O.g. S = 1 1/2 E.
Marie M.,	5 ans.	O.dr.S = 4 1/2 H4D	O.g. S = 1 1/2 H2D.
Auguste H.,	11 ans.	O.g.S = 0 H6D	O.g. S = 1 1/2 H5D.
Marguerite Gr.,	13 ans.	O.g.S = 30 H3D	O.dr. S = 1 1/2 E.
Eugène Gér.,	7 ans.	O.dr.S = 5 1/2 H5D	O.g. S = 1 1/2 H3D.
Jean Ler.,	26 ans.	O.dr.S = 2 1/2 H2D	O.g. S = 1 1/2 H2D.
Mlle Zur ,	24 ans.	O.g.S = 2 1/2 H2.5D	O.dr. S = 1 1/2 H2D.
M[e] S.,	33 ans.	O.dr.S = 50 H4D	O.g. S = 1 1/2 H3D.
Maria S.,	9 ans.	O.g.S = 8 1/2 H7D	O.dr. S = 1 1/2 H5D.
Céline Gus.,	21 ans.	O.dr.S = 20 H3D	O.g. S = 1 1/2 H2D.
Mlle Thon.,	32 ans.	O.dr.S = 6 1/2 H5D	O.g. S = 1 1/2 H3D.
Jeanne Gils.,	22 ans.	O.g.S = 5 1/2 H2D	O.dr. S = 1 1/2 H2D.
Joseph Gér.,	20 ans.	O.g.S = L H6D	O.dr. S = 1 1/2 H5D.
Alexandre Heck.,	6 ans.	O.g.S = CC H7D	O.dr. S = 1 H6D.
Lambertine H.,	16 ans.	O.dr.S = CC H5D	O.g. S = 1 1/2 E.
Henri B.,	39 ans.	O.dr.S = 5 H3D	O.g. S = 1 1/2 H3D.
Amandine Deb.,	9 ans.	O.g.S = LXX H5D	O.dr. S = 1 1/2 H2D.
Joseph M.,	5 ans.	O.g.S = 2 H4D	O.dr. S = 1/1 H2D.
Jeannette R.,	19 ans.	O.dr.S = 3 1/2 H5D	O.dr. S = 1/1 H4D.
Jean-Jos. C.,	19 ans.	O.dr.S = 10 H7D	O.g. S = 1 H5D.
Barbe N.,	19 ans.	O.g.S = 2 H7D	O.g. S = 1 E.
Elisa H.,	17 ans.	O.dr.S = 4 1/2 H2.5D	O.dr. S = 1 H6D.
Alfred Th.,	21 ans.	O.dr.S = 70 H5D	O g. S = 1 H2D.
Joseph Par.,	9 ans.	O.dr.S = 8 1/2 H6D	O.g. S = 1/2 H7D.
Gustave de St.,	26 ans.	O.g.S = à peine CC H5D	O.g. S = 1/1 H6D. O.dr. S = 1/1 H2D.
Eugène Niv.,	20 ans.	O.g.S = 12 H4D	O.dr. S = 1/1 H2D.
Félix Van der H.,	8 ans.	O.g.S = 2 H3D	O.g. S = 1/1 H5D.
Hubert Mur.,	9 ans.	O.g.S = 6 H2D	O.dr. S = 1 H2D
Joseph Fr.,	14 ans.	O.dr.S = 50 H4D	O.g. S = 1 H1D.
Gustave L.,	10 ans.	O.g.S = 0 H5D	O.dr. S = 1 H5D.
Joséphine W.,	14 ans.	O.g.S = LXX H4D	O.dr. S = 1 H3D.
Julie, St.	22 ans.	O.g.S = 4 H5D	O.dr. S = 1 H2D.
Louise Van der V.,	5 ans.	O.dr.S = 2 H2D	O.g. S. = 1 H2D.
Antoine H.,	10 ans.	O.dr.S = 30 H3D	O.g. S = 1 H2D.
Julienne M.,	23 ans.	O.g.S = CC H5D	O.dr. S = 1 H3D.
Lucy G.,	10 ans.	O.dr.S = 3 H4D	O.g. S = 1 H3D.
Joséphine M.,	22 ans.	O.g.S = 9 H3D	O.dr. S = 1 H2D.
Valérie C.,	16 ans.	O.dr.S = 4 H2.5D	O.g. S = 1 H2D.
Léontine C.,	18 ans.	O.dr.S = 7 1/2 H5D	O.g. S = 1 H4D.
Maria L.,	16 ans.	O.dr.S = 5 H4D	O.g. S = 1 H3D.
Martine P.,	15 ans.	O.dr.S = 2 H3D	O.g. S = 1 H3D.
Marie H.,	14 ans.	O.g.S = 7 H4D	O.dr.S = 1 H3D.

Comme on le voit, il est impossible d'établir d'une façon absolue les rapports qui existeraient entre le degré de l'amblyopie de l'œil strabique d'une part, et d'autre part l'âge du sujet et l'état de réfraction des yeux ; dans ce dernier état, il faut comprendre la réfraction avec ses différences dans l'œil strabique et dans l'œil sain.

Toutefois, on peut dire que généralement l'amblyopie est d'autant plus marquée qu'on s'éloigne davantage du moment où le strabisme s'est établi. Lorsque l'hypermétropie est forte aux deux yeux, la diminution de l'acuité visuelle est ordinairement plus prononcée que dans les faibles degrés d'hypermétropie.

Lorsqu'un œil est plus hypermétrope que l'autre, c'est ordinairement celui qui s'éloigne le plus de la normale, qui est strabique, et plus la différence est accentuée, plus l'amblyopie est prononcée.

Cependant dans les cas où l'amblyopie est légère, quoique l'âge soit déjà avancé, que la déviation soit marquée et que l'hypermétropie soit forte, on peut s'assurer ordinairement que le strabisme est le plus souvent alternant.

L'amblyopie est souvent en relation directe avec le degré de déviation, ce qui reviendrait presque à dire que l'amblyopie, dans beaucoup de cas, est en relation directe avec la diminution du *champ visuel*. On sait que, dans le strabisme convergent, le champ visuel aura ses limites d'autant plus réduites que la déviation sera plus prononcée.

Dès que l'amblyopie a débuté dans un strabisme permanent, l'acuité visuelle va en diminuant progressivement. Comme on n'a pas fréquemment l'occasion de suivre cette diminution, je citerai le cas suivant :

Mlle Berthe M., atteinte d'un strabisme convergent de l'œil gauche, offrait, en 1875, S = 3 1/2 avec H 7 Dioptries. En 1880, S = XL. L'œil droit H 7 D, L = 1/1.

Dans le strabisme convergent, il existe deux indications thérapeutiques principales :

Corriger la déviation ;

Rendre la vision binoculaire.

On obtient le redressement de l'œil par la strabotomie.

Dans des mains expérimentées c'est une opération fort simple et n'amenant aucune suite fâcheuse; l'inflammation n'est pas à craindre et les résultats sont presque mathématiquement certains. Jadis on remarquait fréquemment que les chirurgiens transformaient un strabisme convergent en un strabisme divergent, résultat absolument négatif au point de vue esthétique. Cet accident est aujourd'hui facilement évité par tout opérateur qui sait bien employer, suivant les cas, un dégagement du tissu cellulaire plus ou moins complet, la répartition de la correction sur les deux yeux, la suture conjonctivale plus ou moins profonde, etc. En outre l'avancement du tendon permet de remédier très bien à un strabisme divergent.

Mais lorsque la strabotomie est pratiquée suivant toutes les règles de l'art, tout n'est pas fini : le point le plus important est d'obtenir la vision binoculaire.

La correction étant parfaite, si l'image tombe sur le point correspondant de la macula de chaque œil, il faut, pour que cet état persiste, que chacun des deux organes jouisse d'une acuité visuelle suffisante. Or, comme nous l'avons vu plus haut, l'œil strabique a ordinairement une acuité visuelle plus ou moins réduite et descendant même en dessous de 1/200e.

Si on se borne à pratiquer la strabotomie sans plus s'occuper de l'opéré, comme cela arrive trop souvent, le redressement deviendra bientôt trop fort et il ne sera pas extraordinaire de voir se produire un strabisme divergent intermittent d'abord et permanent ensuite.

L'amblyopie devra donc absolument être combattue : les moyens de la guérir ne sont, du reste, pas très nombreux.

L'œil louche a été privé de ses fonctions, en ce sens que la macula ne recevait plus aucune image directe ; il en est résulté la diminution ou la disparition de la sensibilité qu'il est nécessaire de réveiller.

Le redressement de l'œil amendera bien un peu l'état amblyopique, si celui-ci n'est pas trop prononcé ; mais si l'amblyopie ne s'améliore pas, elle devient bientôt la cause du strabisme divergent.

On devra donc mettre l'œil en état de recevoir les images sur la macula et le contraindre à les percevoir. Dans ce dessein, pour que l'effort soit certain, il sera nécessaire de couvrir l'autre œil au moyen d'un bandeau quelconque. On ne se sert alors que de l'organe défectueux et on cherche à distinguer des objets de plus en plus petits. Au début, dans les degrés élevés, on se sert même d'une loupe. Dans tous les cas après l'opération il est indispensable de prescrire les verres correcteurs convenables. Cet exercice doit être répété tous les jours et être renouvelé le plus souvent et le plus longtemps possible.

On comprend qu'un pareil traitement n'est pas commode à faire suivre par un enfant peu docile. Mais chez le jeune enfant, l'amblyopie est ordinairement peu avancée. Chez les enfants dociles et chez les sujets plus âgés, cet exercice est aisé à mettre en pratique. Au début, l'œil qui s'exerce se fatigue vite, rougit légèrement et larmoie ; après quelques jours, cette fatigue ne se produit plus et les exercices sont impunément poursuivis à de fréquentes et longues reprises. On devra exercer l'œil amblyope pendant de longs mois et on continuera à observer une amélioration chez les amblyopes à un haut degré, $S = 1/40$ et en dessous. Javal dit cependant qu'après un ou deux jours l'amélioration de la vision a atteint son maximum ; du moins on n'obtient rien de plus en continuant l'expérience pendant une semaine, ajoute-t-il.

Les nombreux faits que j'ai observés ne sont pas tout à fait d'accord avec ce qu'a avancé ce maître en ophtalmologie. Ici, toutefois, s'il ne convient pas d'être d'un pessimisme parfait, il ne faut pas non plus pousser l'optimisme à ses dernières limites; autrement dit, si on ne doit pas renoncer aux exercices parce qu'ils ne produisent pas tout en quelques jours, il ne serait pas juste de croire, comme on serait porté à le supposer à priori puisqu'il n'existe pas de lésion visible, que les exercices guériront infailliblement et radicalement l'amblyopie.

Comme complément du traitement de l'amblyopie par les exercices, j'ai employé souvent le sulfate de strych-

nine, à la dose de deux et trois milligr. par jour, et j'ai eu fréquemment recours à l'emploi des courants constants : ceux-ci m'ont été très utiles, et, notant l'acuité visuelle avant la séance, je constatais immédiatement après l'emploi de l'électricité que l'œil pouvait lire en plus un ou deux numéros de l'échelle typographique : toutefois cette amélioration à un moment donné n'était plus que passagère.

Les quelques observations qui suivent montreront les résultats généralement obtenus.

NOM.	Acuité visuelle de l'œil strabique.	Réfraction des yeux.
Philomène M., 24 ans (1).	O. g. S = 8 1/2 H2D, opérée le 8 sept. 1873 avec Dr F. Putzeys, 3 1/2 le 28 oct. 1873, 1 1/2 le 13 janvier 1874.	O. g. H2D. O. dr. H2D.
Cécile A., 22 ans.	O. g. S = 12, opérée le 15 août 1873 avec Dr Schiffers. 29 sept. S=2 1/2. S=1 1/2 le 12 fév. 1875.	O. g. H6D. O. dr. H5D.
Marie R., 21 ans.	O. g. S=3 1/2 opér. le 19 nov. 1873 avec Dr Louwers. 6 janvier 1874 S = 1.	O. g. H2.5D. O. dr. H2D.
Pauline L., 17 ans.	O. dr. S=8 opérée le 21 déc. 1873 avec Dr Delcourt. 10 septembre 1880 S = 4. N'a pas suivi mes prescriptions.	O. dr. H7D. O. g. H4D.
Auguste H., 11 ans.	O. g. H6D. S = 0, le 10 mars 1874 ne distingue pas la lumière de cet œil, mais les phosphènes sont conservés. Les exercices	

(1) Pour la mesure de l'acuité visuelle dans ces observations, je me suis servi de l'échelle typographique de Snellen. — J'ai traduit en dioptries tous les degrés de réfraction.

NOM.	ACUITÉ VISUELLE DE L'ŒIL STRABIQUE.	Réfraction des yeux.
	sont prescrits : un mois après le père m'écrit qu'il reconnaît les gros objets et qu'il distingue certaines couleurs. Le 9 juin, je constate que l'acuité visuelle est de 1/12.	
Maria S., 9 ans.	O. g. S = 8 1/2 opérée avec Dr Closson, le 13 octob. 1874. 15 nov. S = 3 1/2, 29 nov. S = 3. 27 déc. S = 2 1/2, mars 75 S = 1 1/2.	O. g. H7D. O. dr. H5D.
Philomène N., 10 ans.	O. dr. S=8 1/2 opérée avec le Dr Charles, le 21 nov. 1874. 17 déc. 6 1/2. 25 mai 1875 2 1/2.	O. dr. H4D. O. g. H4D.
Mlle Th., 32 ans.	O. dr. S = 6 1/2 opérée le 31 mars 1875, avec Dr F. Putzeys. 4 mai 4 1/2, 19 mai 2 1/2.	O. dr. H3D. O. g. H3D.
Jeanne G., 22 ans.	O. g. S = 3 1/2 opérée le 16 avril 1875, avec Dr F. Putzeys. 19 mai 1 1/2, 21 juin 1 1/2.	O. g. H2D. O. dr. H2D.
Alexandre H,, 6 ans.	O. g. S = C opérée le 26 août 1875, avec Dr Ern. Defize. 13 sept. S = XXX, 28 oct. S = XV. 10 sept. 80 S=2.	O. g. H7D. O. dr. H6D.
Lambertine H.,16 ans.	O. dr. S = CC opérée le 27 sept. 1875, avec Dr Isid. Putzeys. 11 oct. S = LXX. 8 nov. S = L. 3 mai 76 S=XL. 11 sept. 80 S = L, après les courants constants, S = XXX. Elle n'a pas continué les exercices.	O dr. H3D. O. g. E.

NOM.	ACUITÉ VISUELLE DE L'ŒIL STRABIQUE.	Réfraction des yeux.
Gustave de S., 24 ans.	22 mai 1876 S = CC O. g. opéré avec Dr Raikem. 8 juin S = 4, 19 juin S=XX 16 août S = XX. 10 sept.80 S=XXX, ne s'est plus occupé de son œil.	O. g. H5D. O. dr. H2D.
Hubert M., 9 ans.	O. g. 3 août 1877 S = 6 opéré avec Dr F. Putzeys. 13 août S = 3 1/2. 18 février 78 S = 2 1/2.	O. g. H2D. O. dr. H2D.
Jules L., 7 ans.	O. g. 25 nov. 77 S = 40 strab. avec Dr F. Putzeys. 3 déc. S=15, 16 déc. S=10, 19 janvier 1878 S = 6, 10 mars S = 6.	O. g. H5D. O. dr. H3D.
Gustave L., 10 ans.	8 janvier 1878 O. g. S = 0, 7 févr. distingue la lumière après électr. 12 fév. S=CC, 7 mars S=XL, 15 avr. S=15, 13 juin S=6. Tout en continuant les exercices et le traitement des courants constants, l'acuité visuelle n'a plus gagné, car 11 sept. 80 S = 6.	O. g. H5D. O. dr. H5D.
Joséphine W., 14 ans.	17 janv. 78, O. g. S = CC, 30 avril S = LXX, opérée avec Dr F. Putzeys. 15 mai S=XL, 3 juin S=XXX 4 oct. S = 7 1/2.	O. g. H4D. O. dr. H3D.
Antoine H., 10 ans.	17 fév. 78, O. dr. S = 30, opéré av. Dr Vanden Bosch. 24 fév. S=10, 10 mars S=6, 12 avril S=4.	O. dr. H3D. O. g. H2D.
Valérie C., 16 ans.	21 juill., O. dr. S=4, opérée avec Dr Willems. 3 août S = 2.	O. dr. H2.5D. O. g. H2D.

NOM.	Acuité visuelle de l'œil strabique.	Réfraction des yeux.
Julienne M., 25 ans.	24 juillet 77, O. g. S = CC, opérée avec Dr Swaen. 7 août S = LXX, 17 août S=XL, 22 fév. 78 S=7 1/2. Les exercices continués encore longtemps, mais assez irrégulièrement, n'ont rien produit de plus.	O. g. H5D. O. dr. H3D.
Phina W., 20 ans.	28 oct. 1879, O. g. S = 30, opérée avec Dr F. Putzeys. 4 nov. S=15, 13 déc. S=10, 8 janv. 1880 S = 5.	O. g. H3D. O. dr. H5D.
Jeanne D., 12 ans.	3 fév. 1879, O. dr. S = 40, 7 fév. opérée avec Dr Deschamps, 17 fév. S = 15.	O. dr. H2D. O. g. H2D.

Voici quelle est en général la marche de l'amélioration : si la réduction de l'acuité visuelle est de CC à XL, dans les premiers jours, on gagne rapidement pour constater qu'elle monte vite à L et à XV. Après un mois, l'acuité visuelle est encore devenue meilleure et elle atteint XV à X.

Après deux mois, l'œil peut lire 7 1/2 à 6. Dès lors, l'amélioration continue, mais elle n'est plus sensible qu'après un temps assez long. Et tout en persévérant dans ses exercices pendant plusieurs mois, l'œil qui acquiert très insensiblement plus de force visuelle ne laisse pas espérer qu'il lira un jour les caractères les plus fins. Ainsi, malgré tout un long traitement règulièrement suivi, l'acuité dans certains cas n'a jamais pu dépasser 1/6e.

Plus le sujet est jeune, plus les résultats sont rapides et complets; plus l'amblyopie est prononcée, plus vite l'acuité visuelle remonte.

Lorsque l'amblyopie est faible, ne dépassant pas S = 1/12 — 1/10 — 1/8, on peut atteindre facilement et en peu de temps S = 1/3 — 1/2. Plus rarement on parvient à noter S = 1/1.

On ne doit pas oublier, et je le répète, qu'il est toujours indispensable de chercher à corriger l'amblyopie, afin d'arrivér le mieux à la vision binoculaire, car si celle-ci n'est pas rétablie pour les objets fins, elle revient suffisamment pour les objets plus volumineux et ainsi est empêchée la déviation externe de l'œil opéré.

Il s'élève ici une question importante : Faut-il pratiquer la strabotomie avant ou après la correction de l'amblyopie? Je n'hésite pas à répondre que plusieurs raisons plaident en faveur de l'intervention immédiate. D'abord, les malades, pour la plupart, ne corrigent leur amblyopie que par la crainte de perdre le résultat esthétique qu'ils ont obtenu. Ensuite, quand la situation de l'œil est redevenue telle que l'image tombe de nouveau sur la macula, celle-ci est toujours excitée, même en dehors des exercices. De plus, dans les cas où l'amblyopie est forte et par conséquent, où les exercices devront avoir une durée parfois désespérante, il ne sera guère possible de fixer le moment où on pourra rétablir l'harmonie dans les mouvements oculaires.

Au début d'un strabisme, lorsque la déviation est encore intermittente, il convient de recourir à l'emploi des mydriatiques. L'atropine (ou la duboisine) sera instillée tous les jours de façon à supprimer entièrement l'accomodation.

Ces instillations devront être continuées longtemps. On cherchera à remédier au trouble de la vue produit par le mydriatique, au moyen des verres qu'indique le degré de l'hypermétropie.

Théoriquement cette méthode de traitement est excellente, mais la pratique rencontre la difficulté principale dans tout traitement : la persistance dans l'emploi du même moyen. J'ai mis en pratique cette méthode, mais les sujets que j'avais choisis n'ont pas peut-être eu toute la ténacité nécessaire pour me permettre de me prononcer entièrement sur ses applications, qui ont bien réussi chez plusieurs strabiques traités par MM. les docteurs Green et Boucheron; ce dernier rapporte même que ce traitement lui a donné huit succès sur neuf cas.

Si, malgré ce traitement, le strabisme se déclare, il est utile d'éviter l'amblyopie en couvrant fréquemment l'œil qui ne se dévie pas et en forçant ainsi l'autre œil à recevoir des impressions. De cette façon on arrive à la production d'un strabisme alternant, c'est-à-dire d'un strabisme sans ou presque sans affaiblissement de l'acuité visuelle.
